Filing at a Glance

Company: S.USA Life Insurance Company, Inc.

Product Name: Spanish Applications	SERFF Tr Num: FRCS-125795850	State: ArkansasLH
TOI: L08 Life - Other	SERFF Status: Closed	State Tr Num: 40117
Sub-TOI: L08.000 Life - Other	Co Tr Num: 5067	State Status: Approved-Closed
Filing Type: Form	Co Status: None	Reviewer(s): Linda Bird
	Author: LaToya Osborn	Disposition Date: 09/02/2008
	Date Submitted: 08/29/2008	Disposition Status: Approved
Implementation Date Requested: On Approval		Implementation Date:

State Filing Description:

General Information

Project Name: SUSA/70
Project Number: 70
Requested Filing Mode: Review & Approval

Explanation for Combination/Other:
Submission Type: New Submission
Overall Rate Impact:
Filing Status Changed: 09/02/2008
State Status Changed: 09/02/2008
Corresponding Filing Tracking Number:

Status of Filing in Domicile: Not Filed
Date Approved in Domicile:
Domicile Status Comments: Not filed in domicile state.
Market Type: Individual
Group Market Size:
Group Market Type:

Deemer Date:

Filing Description:

We have been retained by S.USA Life Insurance Company, Inc. to file the enclosed forms for approval in your state.

Our fee of $120 has been sent by EFT on this same date.

This filing is for the Spanish versions of forms previously approved by your Department. Since this filing is for a Spanish form, normal compliance certifications are not applicable with this filing.

These applications will be used with policy L-NP14 AR(sp), approved by your Department on 7/25/08. The English versions of these applications were approved 6/17/02, except A-60a AR was approved 4/16/08.

To the best of our knowledge, this filing is complete and intended to comply with the insurance laws of your jurisdiction.

Company and Contact

Filing Contact Information

(This filing was made by a third party - FC01)

Kevin Wiggs, Compliance Specialist
1020 Central
Kansas City, MO 64105

kevin.wiggs@firstconsulting.com
(800) 927-2730 [Phone]
(816) 391-2755[FAX]

Filing Company Information

S.USA Life Insurance Company, Inc.
460 West 34th Street, Suite 800
New York, NY 10001
(212) 356-0337 ext. [Phone]

CoCode: 60183
Group Code: 1347
Group Name: SBLI USA Group
FEIN Number: 13-4144857

State of Domicile: Arizona
Company Type:
State ID Number:

Filing Fees

Fee Required?	Yes
Fee Amount:	$120.00
Retaliatory?	No
Fee Explanation:	AR fee of 20.00 per form for 6 forms = $120.
Per Company:	No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
S.USA Life Insurance Company, Inc.	$120.00	08/29/2008	22210144

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved	Linda Bird	09/02/2008	09/02/2008

Disposition

Disposition Date: 09/02/2008

Implementation Date:

Status: Approved

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number:	*FRCS-125795850*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*S.USA Life Insurance Company, Inc.*	*State Tracking Number:*	*40117*
Company Tracking Number:	*5067*		
TOI:	*L08 Life - Other*	*Sub-TOI:*	*L08.000 Life - Other*
Product Name:	*Spanish Applications*		
Project Name/Number:	*SUSA/70/70*		

Item Type	Item Name	Item Status	Public Access
Supporting Document	Certification/Notice		Yes
Supporting Document	Application		No
Form	Individual Life Insurance Application		Yes
Form	Individual Life Insurance Application		Yes
Form	Individual Life Insurance Application		Yes
Form	Individual Life Insurance Application		Yes
Form	Individual Life Insurance Application		Yes
Form	Individual Life Insurance Application		Yes

Form Schedule

Lead Form Number: A-37j AR (sp)

Review Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
	A-37j AR (sp)	Application/ Enrollment Form	Individual Life Insurance Application	Initial			A-37j AR (sp).pdf
	A-60a AR (sp)	Application/ Enrollment Form	Individual Life Insurance Application	Initial			A-60a_AR_sp.pdf
	A-106 AR (sp)	Application/ Enrollment Form	Individual Life Insurance Application	Initial			A-106_-_AR_sp.pdf
	R-39 AR (sp)	Application/ Enrollment Form	Individual Life Insurance Application	Initial			R-39_-_AR_sp.pdf
	R-42c AR (sp)	Application/ Enrollment Form	Individual Life Insurance Application	Initial			R-42C_-_AR_sp.pdf
	SB-15c AR (sp)	Application/ Enrollment Form	Individual Life Insurance Application	Initial			SB-15c_-_AR_sp.pdf

PARTE II HISTORIAL MÉDICO

SUSA Life Insurance Company, Inc.

Llame libre de cargos al: 866-SUSA-123 (866-787-2123)
www.susa.com

1. a. Asegurado Propuesto (Escriba en letra de imprenta.) _____ Nombre Inicial Apellido

b. Fecha de Nacimiento _____ Mes/Día/Año

c. Estatura _____ pies pulgs.

d. Peso _____ lb.

2. a. Escriba en letra de imprenta el nombre y la dirección de su médico personal: (Si no tuviese uno, seleccione esta casilla.)
☐ Ninguno.
Nombre y Dirección del Médico
_____
Nombre Inicial Apellido
_____
Dirección (Número y Calle)
_____
Ciudad Estado Código Postal

b. Fecha y motivo de la última consulta a su médico personal:
_____
Mes/Día/Año
Motivo: _____

c. ¿Qué tratamiento se aplicó o se recomendó? _____

3. En los últimos 5 años: (Marque las casillas correspondientes.)	Sí	No
a. ¿Consultó, fue examinado o recibió tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud?	☐	☐
b. ¿Se sometió a cirugía?	☐	☐
c. ¿Se le diagnosticó o recibió tratamiento por alguna enfermedad o lesión?	☐	☐
d. ¿Fue paciente en algún hospital, clínica, sanatorio u otro establecimiento médico?	☐	☐
e. ¿Se hizo electrocardiogramas, rayos X u otros exámenes de diagnóstico (a excepción de la prueba de VIH)?	☐	☐
f. ¿Le recomendaron hacerse algún examen de diagnóstico, hospitalizarse, recibir tratamiento o someterse a cirugía y todavía no lo ha hecho (a excepción de la prueba de VIH)?	☐	☐

4. ¿Alguna vez se le diagnosticó o recibió tratamiento por: (Marque las casillas correspondientes.)	Sí	No
a. Enfermedades o alteraciones oculares, auditivas, de nariz o de garganta?	☐	☐
b. Mareos, desmayos, convulsiones, parálisis o derrames cerebrales, enfermedades o alteraciones mentales o nerviosas?	☐	☐
c. Respiración entrecortada, tos con sangre, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis u otra enfermedad o alteración respiratoria crónica?	☐	☐
d. Dolor de pecho, palpitaciones, presión arterial alta, fiebre reumática, soplo del corazón, infarto u otra enfermedad o alteración cardiaca o vascular?	☐	☐
e. Úlcera, hernia, colitis, sangrado intestinal, ictericia, hemorroides u otra enfermedad o alteración estomacal, intestinal, hepática o de las vías biliares?	☐	☐
f. Presencia de glucosa, albúmina, sangre o pus en la orina, piedras u otra alteración renal, urinaria, prostática o de los órganos reproductivos?	☐	☐
g. Diabetes, quistes, tumores o cáncer; alteraciones de tiroides o glandulares, enfermedades o alteraciones de la piel?	☐	☐
h. Neuritis, artritis, gota o enfermedades o alteraciones de los músculos o huesos, inclusive la espalda o las articulaciones?		
i. Malformación, cojera o amputación?	☐	☐
j. Alergia, anemia, otras enfermedades o alteraciones de la sangre o linfáticas?	☐	☐
k. SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o CRS (Complejo Relacionado con el SIDA)?	☐	☐
5. En este momento, ¿se encuentra en observación o bajo tratamiento?	☐	☐
6. ¿Alguna vez:		
a. Consumió barbitúricos, anfetaminas, drogas alucinógenas, heroína, sustancias opiáceas u otros narcóticos que no hayan sido indicados por un médico?	☐	☐
b. Recibió ayuda o tratamiento en relación con el consumo de alcohol o de drogas?	☐	☐

7. ¿Alguna vez lo retiraron, transfirieron, rechazaron o despidieron del servicio militar o de algún empleo por alguna condición física o mental? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Ha usado tabaco en alguna forma (incluidos, entre otros, cigarrillos, cigarros, tabaco para pipas, tabaco de mascar y tabaco en polvo)?
En los últimos 12 meses ☐ Hace más de 3 años ☐
Nunca ☐

9. ¿Alguno de sus padres o hermanos:
a. ha **muerto** de cáncer o de alguna enfermedad cardiovascular antes de los 60 años? ☐ Sí ☐ No
b. ha recibido un **diagnóstico** de cáncer o alguna enfermedad cardiovascular antes de los 60 años? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta a "a" o "b" es afirmativa, indique el parentesco y la edad, y especifique la condición:

10. EXPLIQUE EN DETALLE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS. Agregue páginas si fuera necesario. Incluya:

i. Número de Pregunta
ii. Diagnóstico y Tratamiento
iii. Resultados
iv. Fechas y Duración
v. Nombres y Direcciones de todos los médicos y establecimientos médicos intervinientes

Firmado ante mí _____ Mes/Día/Año

Las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas, han sido registradas completa y correctamente y tienen como objetivo lograr que la Compañía emita un seguro sobre mi vida.

X _____
Firma del examinador médico

X _____
Firma del Asegurado propuesto

PARTE III INFORME DEL EXAMINADOR MÉDICO

11. a. Estatura (con calzado) pies pulgs.	Peso (vestido) lb.	Hombres Solamente: Pecho (inspiración profunda) pulgs.	Pecho (espiración forzada) pulgs.	Abdomen, a la altura del ombligo pulgs.

b. ¿Usted lo pesó?..... ☐ Sí ☐ No ¿Usted lo midió?..... ☐ Sí ☐ No

c. ¿Aparenta ser mayor de lo que mencionó o presenta un aspecto poco saludable?.... ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, proporcione detalles.

Detalles de las respuestas afirmativas. *(Indique cuál es la casilla.)*

12. Presión Arterial (Registre TODOS los resultados.) – Registre 3 resultados si el primero es de 140/90 o más o existe historial de hipertensión u otra alteración cardiovascular.

Sistólica			
Diastólica – Cuarta fase			
Diastólica – Quinta fase			

13. Pulso:

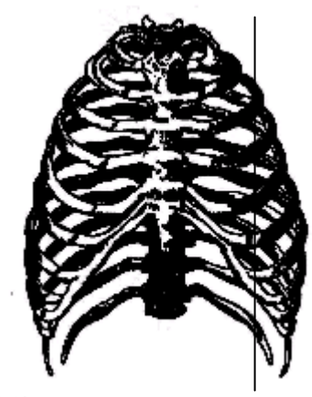
	En Reposo	Después de Hacer Ejercicio	3 Minutos Después
Frecuencia			
Irregularidades por minuto			

14. Corazón: ¿Hay evidencias de:
Agrandamiento? ☐ Sí ☐ No Disnea? ☐ Sí ☐ No
Soplo(s)? ☐ Sí ☐ No Edema? ☐ Sí ☐ No
(Incluya la descripción más abajo; si hubiese más de uno, descríbalos por separado.)

Ubicación		
Constante	☐	☐
Inconstante	☐	☐
Generalizado	☐	☐
Localizado	☐	☐
Sistólica	☐	☐
Presistólica	☐	☐
Diastólica	☐	☐
Leve (Gr. 1-2)	☐	☐
Moderado (Gr. 3-4)	☐	☐
Alto (Gr. 5-6)	☐	☐
Después de hacer ejercicio:	☐	☐
Acelerado	☐	☐
Ausente	☐	☐
Sin cambios	☐	☐
Disminuido	☐	☐

Indique:
Punto Máximo X
Área del soplo con
Punto de mayor intensidad con
Zona de dolor generalizado con

Línea Medioclavicular



Para incluir comentarios y su opinión:

15. Durante el examen, ¿se presentó alguna de las siguientes anormalidades:
(Marque con un círculo lo que corresponda y explique en detalle.)

	Sí	No
(a) En ojos, oídos, nariz, boca o faringe?.....	☐	☐
(Si la visión o la audición se encuentran evidentemente disminuidas, indique el grado y la corrección.)	☐	☐
(b) En la piel (incluya cicatrices), nódulos linfáticos, várices o arterias periféricas?.....	☐	☐
(c) En el sistema nervioso (incluya reflejos, modo de andar, parálisis)?	☐	☐
(d) En el sistema respiratorio?.....	☐	☐
(e) En el abdomen (incluya cicatrices)?	☐	☐
(f) En el sistema genitourinario?	☐	☐
(g) En el sistema endocrino (incluya la tiroides)?.....	☐	☐
(h) En el sistema musculoesquelético (incluya espina dorsal, articulaciones, amputaciones, malformaciones)?	☐	☐
16. (a) ¿Sufre de hernias?..... ☐ Sí ☐ No (b) ¿Sufre de hemorroides?.....	☐	☐
17. ¿Sabe de la existencia de algún historial médico adicional?..... (Se puede enviar un informe confidencial al Director Médico.)	☐	☐

Observaciones y Comentarios del Examinador: _____

Por la presente, certifico que realicé el examen del asegurado propuesto

En el día de de 20 , a las AM. PM. _____ , Doctor
Examinador Médico

[0988E2FF-634BF3641EE1]

ENMIENDA A UNA SOLICITUD

S.USA Life Insurance Company, Inc.

Llame libre de cargos al: 866-SUSA-123 (866-787-2123)
www.susa.com

Habiendo hecho una solicitud el _____ a S.USA Life Insurance Company, Inc.
(Fecha)

a favor de _____

Las siguientes respuestas nuevas deben sustituir a las respuestas anteriores correspondientes a las preguntas de dicha solicitud:

Parte N.° _____ Pregunta N.° _____

Estoy de acuerdo con que esta enmienda forme parte de la solicitud mencionada anteriormente.

Toda persona que, con perfecto conocimiento, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio o que, con perfecto conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de delito y será pasible de multas y encarcelamiento.

Fecha: _____ X _____
Firma del solicitante

Número del Agente: _____ Número de Póliza o Certificado: _____

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

S.USA Life Insurance Company, Inc.

Llame libre de cargos al: 866-SUSA-123 (866-787-2123)
www.susa.com

Nota: Las preguntas 1 a 12 se refieren a la persona que será asegurada.

1. Nombre de la persona que será asegurada (Complete en letra de imprenta o a máquina.):

   _____
   Nombre Inicial Apellido

2. Dirección particular de la persona que será asegurada:

   _____
   Dirección (Número y Calle)

   _____
   Ciudad Estado Código Postal

3. Fecha de Nacimiento: _____
   Mes/Día/Año

4. Lugar de Nacimiento:

   _____ _____
   Estado País

5. Hombre ☐ Mujer ☐

6. Estatura: _____ pies pulgs.

7. Peso: _____ lb.

8. (a) Ocupación:

   _____

   (b) Nombre y Dirección del Empleador:

   _____

9. Números telefónicos (*con códigos de área incluidos*):
   Particular _____
   Laboral _____

10. La persona que será asegurada tiene $ _____
    de seguro individual de S.USA y $ _____
    de seguro total de todos los aseguradores (incluya todas las solicitudes en trámite).

11. (a) Cantidad de seguro solicitada: $ _____

    (b) Tipo:
    - ☐ Término Renovable y Convertible de 1 Año*
    - ☐ Término Renovable y Convertible de 10 Años*
    - ☐ Término Renovable y Convertible de 15 Años*
    - ☐ Término Renovable y Convertible de 20 Años*
    - ☐ Seguro de Vida Entera (No-Participativo)
    - ☐ Otros _____

    (Sólo disponible si el asegurado propuesto tiene por lo menos 18 años.)

    (c) ¿Desea obtener alguno de los siguientes endosos? (Sólo disponible si el asegurado propuesto tiene por lo menos 15 años.)
    - (i) Renuncia de Prima por Incapacidad ..... ☐ Sí ☐ No
    - (ii) Muerte Accidental ..... ☐ Sí ☐ No (Hasta un máximo de $250,000)

    (d) ¿Desea un Préstamo Automático de Prima?..... ☐ Sí ☐ No (no disponible para las coberturas de término fijo)

12. (a) ¿Este seguro remplaza a algún seguro de vida vigente?..... ☐ Sí ☐ No

    (b) Si la respuesta es afirmativa, indique Cantidad/es y Compañía/s.

    _____

13. Nombre del Solicitante (si no es el Asegurado):

    _____
    Nombre Inicial Apellido

    _____
    Dirección (Número y Calle)

    _____
    Ciudad Estado Código Postal

    Parentesco con el Asegurado _____

    Cantidad del seguro de vida del solicitante: $ _____

14. El Dueño de esta póliza será (elija uno):
    ☐ El Asegurado ☐ El Solicitante (designado en la Pregunta 13)
    (El Dueño debe tener por lo menos 15 años y estará en pleno ejercicio de todos los derechos y privilegios del contrato.)

15. (a) Beneficiario Principal (Si existiese más de uno para repartir en partes iguales.)

    _____
    Nombre Inicial Apellido
    Parentesco con el Asegurado _____

    (b) Beneficiario Secundario

    _____
    Nombre Inicial Apellido
    Parentesco con el Asegurado _____

16. La persona que será asegurada, ¿ha usado tabaco en alguna forma (incluidos, entre otros, cigarrillos, cigarros, tabaco para pipas, tabaco de mascar y tabaco en polvo)?
    En los últimos 12 meses ☐ Hace más de 3 años ☐ Nunca ☐

17. En los últimos 5 años, la persona que será asegurada:
    - (a) ¿se hizo algún examen físico, solicitó tratamiento o consultó a un médico u otro profesional de la salud por algún motivo? ..... ☐ Sí ☐ No
    - (b) ¿recibió tratamiento o estuvo en observación en algún hospital, clínica, instituto o establecimiento médico?..... ☐ Sí ☐ No
    - (c) ¿se hizo electrocardiogramas, rayos X, cirugías u otros exámenes de diagnóstico, a excepción de la prueba de VIH?..... ☐ Sí ☐ No

18. La persona que será asegurada, ¿recibió alguna vez tratamiento o fue diagnosticada por un profesional de la salud a causa de:
    - (a) enfermedad, alteración, condición o anormalidad cardiaca, respiratoria, circulatoria, pulmonar, renal, prostática, urinaria, de los órganos sexuales, hepática, estomacal, intestinal, cerebral o del sistema nervioso, del sistema esquelético o muscular, linfática, endocrina o de otras glándulas?..... ☐ Sí ☐ No
    - (b) presión arterial alta, derrame cerebral, cáncer, tumor, formaciones o pólipos, tuberculosis, diabetes, leucemia o alteraciones sanguíneas, defectos o malformaciones físicas o genéticas?..... ☐ Sí ☐ No
    - (c) SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o CRS (Complejo Relacionado con el SIDA)?..... ☐ Sí ☐ No
    - (d) La persona que será asegurada, ¿fue diagnosticada o recibió tratamiento por neumonía por *Pneumocystis*, citomegalovirus, aftas u otros tipos de infecciones fungosas u oportunistas?..... ☐ Sí ☐ No

19. (a) La persona que será asegurada, ¿tuvo alguna vez un seguro que fuera pospuesto, rechazado, tasado (pago de una prima adicional), o bien solicitó o recibió beneficios por incapacidad?..... ☐ Sí ☐ No
    - (b) La persona que será asegurada, ¿fue retirada, transferida o rechazada del servicio militar o de algún empleo por problemas físicos o de otro tipo?..... ☐ Sí ☐ No
    - (c) La persona que será asegurada, ¿aumentó o bajó más de quince libras en el último año?..... ☐ Sí ☐ No

20. (a) La persona que será asegurada, ¿fue diagnosticada o recibió tratamiento por algún tipo de alteración, enfermedad, condición o anomalía mental o emocional, alcoholismo o consumo de drogas?..... ☐ Sí ☐ No

(b) La persona que será asegurada, ¿consume bebidas alcohólicas? ..... ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad que consume por semana: _____

(c) La persona que será asegurada, ¿alguna vez consumió narcóticos, barbitúricos, anfetaminas, alucinógenos, otras sustancias controladas o drogas de venta bajo receta que no hayan sido indicadas por un médico? ..... ☐ Sí ☐ No

(d) La persona que será asegurada, ¿fue declarada culpable por algún delito (que no sea una infracción de tránsito leve)? ..... ☐ Sí ☐ No

21. La persona que será asegurada, ¿tomó o planea tomar vuelos en aerolíneas comerciales fuera de la categoría de pasajero común? ..... ☐ Sí ☐ No

22. La licencia de conducir de la persona que será asegurada, ¿fue o está a punto de ser suspendida, revocada o restringida? Esta persona, ¿fue declarada culpable por manejar incapacitada o en estado de ebriedad?..... ☐Sí ☐ No

23. La persona que será asegurada, ¿participó o planea participar en deportes o pasatiempos de riesgo como por ejemplo buceo, paracaidismo, caída libre, aladeltismo, vuelo en globo, parapente, alpinismo o cualquier tipo de carreras de vehículos (entre otros)?..... ☐ Sí ☐ No

24. ¿Alguno de sus padres o hermanos:

(a) ha muerto de cáncer o de alguna enfermedad cardiovascular antes de los 60 años?..... ☐ Sí ☐ No

(b) ha recibido un diagnóstico de cáncer o alguna enfermedad cardiovascular antes de los 60 años?..... ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta a "a" o "b" es afirmativa, indique el parentesco y la edad, y especifique la condición:

25. La persona que será asegurada, ¿estuvo fuera de Estados Unidos o Canadá en los últimos 3 años o tiene intenciones de viajar o fijar residencia fuera de EE.UU.? ..... ☐ Sí ☐ No

Por favor responda estas preguntas (preguntas 26 a 29) si la persona que será asegurada tiene menos de 15 años.

26. El niño, ¿sufre de alguna malformación, anomalía mental o física, pérdida de la visión, del oído o del habla? ..... ☐ Sí ☐ No

27. ¿Con quién vive y cuál es el domicilio del niño? (Complete solamente si no es el Solicitante.)

(a) Nombre y parentesco con el niño: _____

(b) Dirección: _____

28. ¿El niño asiste a la escuela? ☐ Sí, a Tiempo Completo ☐ Sí, a Medio Tiempo ☐ No

¿En qué grado escolar se encuentra el niño? _____

29. Nombre y dirección del médico personal del niño.

_____

_____

30. Explique todas las respuestas afirmativas a las Preguntas 17 a 25. Proporcione todos los nombres y direcciones de médicos o profesionales de la salud que hayan sido consultados, hospitales, clínicas o establecimientos médicos en los que la persona que será asegurada haya recibido tratamiento, haya estado en observación o confinada. Incluya las condiciones, los exámenes, las fechas, la duración y los tratamientos. Si fuera necesario, adjunte un formulario de enmienda "A-60AR", disponible en la Compañía.

Entiendo que las primas de la cobertura de seguro a término no tienen garantía alguna luego del período de la prima inicial. Las Primas de Seguro a Término pueden cambiar pero nunca excederán la prima máxima indicada en la póliza.

[☐ Por la presente autorizo, hasta nuevo aviso, que la prima se deduzca de mi cuenta de cheques. (Si selecciona esta opción, adjunte un cheque anulado.)

☐ Por la presente autorizo, hasta nuevo aviso, el pago de la prima mediante mi cuenta de tarjeta de crédito.
Número de Tarjeta de Crédito _____ Fecha de Vencimiento _____

☐ Prefiero que se me facture directamente.

Seleccione la Modalidad de Pago para la opción elegida: ☐ Anualmente ☐ Semestralmente ☐ Trimestralmente ☐ Mensualmente]

Sujeto(s) a las penas por el delito de perjurio, certifico (certificamos) que mi (nuestros) Número(s) de Identificación de Contribuyente(s) [Número(s) de Seguro Social para personas físicas] que se enumera(n) a continuación es (son) correcto(s) y que no estoy (estamos) sujeto(s) a retenciones adicionales. Excepto en los casos declarados en esta solicitud y conforme a mi saber y entender, la persona que será asegurada se encuentra en buen estado de salud. Las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas y tienen como objetivo lograr que la Compañía emita una póliza de seguro de vida. En la póliza se adjuntará una copia de esta solicitud y de la Parte II si fuera necesario, que formará parte de la misma y que, junto con la solicitud, constituirá el contrato completo, que no podrá ser modificado sin el consentimiento escrito de la Compañía. Ningún representante de la compañía posee autoridad para exonerar alguno de los requisitos en relación con el seguro solicitado. Estoy de acuerdo con que, excepto que se estipule en un recibo provisorio emitido por la Compañía en conexión con esta solicitud, la póliza solicitada no entrará en vigencia a menos que, en la fecha de entrega de la póliza, la persona que será asegurada se encuentre en el estado de salud y asegurabilidad declarado en las respuestas a las preguntas especificadas arriba y en la Parte II.
AUTORIZACIÓN: Yo, el Asegurado propuesto, autorizo a médicos, profesionales de la salud, hospitales, clínicas, laboratorios, establecimientos de atención de la salud, el asegurador, el Negociado de Información Médica, organizaciones o personas que tengan conocimiento de mi persona o mi salud, incluidos, pero sin limitarse a, la salud mental o al consumo de alcohol o drogas, a presentar esta información ante el Director Médico de S.USA Life Insurance Company, Inc. Yo, el Asegurado propuesto, también autorizo a S.USA a obtener el informe de investigación del consumidor que se describe en la NOTIFICACIÓN SEGÚN LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES de S.USA Life Insurance Company, Inc. Esta Autorización tiene como fin la suscripción del seguro de vida. Tiene 30 meses de vigencia a partir de la última fecha que se presenta a continuación. La fotocopia de esta Autorización tendrá la misma validez que el original. Toda persona que, con perfecto conocimiento, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio o que, con perfecto conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de delito y será pasible de multas y encarcelamiento.

Fecha _____ X _____ _____
Firma de la persona que será asegurada (Si la persona que será asegurada tiene menos de 15 años, el/los padre/s o albacea deben firmar en representación del asegurado propuesto.) — Número de Seguro Social de la persona que será asegurada

Fecha _____ X _____ _____
Firma del Solicitante (si no es el Asegurado) — Número de Seguro Social del Solicitante.

Solicitud firmada en _____

Área de Uso Exclusivo de la Compañía y de la Agencia Número de la Agencia _____ Número del Agente _____

¿Recibió el CR?
Sí ☐ No ☐ Aprobado _____ Fecha _____ Rechazado _____ Nombre del Agente _____
Código de Campaña _____ Clasificación _____

ENDOSO DE BENEFICIO DE RENUNCIA DE PRIMA EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL

EXONERAREMOS las primas que vencieron durante el período de incapacidad total del asegurado: (a) al recibir evidencias de dicha incapacidad, y (b) de acuerdo con los términos que se detallan a continuación.

CADA PRIMA EXONERADA será en la modalidad de prima vigente al comienzo del período de incapacidad del asegurado.

ESTIPULACIONES GENERALES

1. Pago de las Primas

Hasta la finalización de este endoso, las primas correspondientes que se muestran en la página 3 son pagaderas en las mismas fechas y están sujetas a las mismas modalidades de prima que la póliza. Si cambia la modalidad de prima, las primas se muestran en la página 3. Las primas de renovación son pagaderas por adelantado.

2. Contestabilidad

No podremos contender este endoso después de que haya estado vigente (sin tener lugar la incapacidad total del asegurado) durante dos años a partir de la fecha de emisión de este endoso, que figura en la página 3.

3. Cancelación

La vigencia del endoso finaliza en la primera de las siguientes fechas:

a) el aniversario de la Fecha de Emisión de la póliza más cercano a la fecha en que el asegurado cumple 60 años, en caso de que en ese momento no esté sufriendo de incapacidad total. Si el asegurado sufre de incapacidad total, caducará en el momento en que el asegurado se recupere.

b) la fecha de vencimiento de cualquier prima que no se haya pagado luego de la finalización de su período de gracia correspondiente, a menos que sea exonerada por este endoso.

c) cualquier aniversario de la póliza siempre y cuando hayamos recibido notificación escrita por parte del dueño solicitando su finalización.

d) cuando finaliza la póliza.

La cancelación se realizará sin perjuicio de las reclamaciones iniciadas antes de la finalización de este endoso.

4. Beneficios de la Póliza sin Cambios

Los beneficios, valores y dividendos pagaderos por la póliza son equivalentes a los pagaderos si las primas exoneradas fuesen pagadas en efectivo.

5. Estipulaciones de la Póliza

Excepto cuando se establezca lo contrario, este endoso está sujeto a todos los términos de la póliza.

6. Definición de Incapacidad Total

Incapacidad total significa: (a) incapacidad, producida como consecuencia directa de una lesión corporal o enfermedad, y (b) que impide al asegurado participar en alguna ocupación rentable.

Durante los primeros 24 meses de incapacidad: (a) ocupación significa la ocupación del asegurado cuando comenzó la incapacidad; (b) por lo tanto, ocupación significa cualquier ocupación para la que el asegurado esté o se haya preparado adecuadamente a través de educación, capacitación o experiencia.
Incapacidad total es la pérdida o inutilización completa e irremediable de:

a) ambos ojos,

b) ambas manos,

c) ambos pies,

d) una mano y un pie,

e) un ojo y un pie, o bien

f) un ojo y una mano.

7. Condiciones

Exoneraremos las primas si: (a) la incapacidad total del asegurado se extiende durante por lo menos 6 meses sin interrupciones; (b) el comienzo de la incapacidad total del asegurado es posterior a la fecha de emisión de este endoso que figura en la página 3 y anterior al aniversario de la póliza más cercano a la fecha en que el asegurado cumple 60 años.

8. Notificación de la Reclamación y Evidencia de Incapacidad Total

Usted debe: (a) proporcionarnos evidencias de la incapacidad total del asegurado y (b) someterse, a intervalos razonables y a nuestra petición, a exámenes médicos con médicos indicados por la Compañía. Además, deberá proporcionar evidencia de la continuidad de la incapacidad total del asegurado a intervalos razonables.

Si las primas han sido exoneradas durante 2 años, no exigiremos tales evidencias o exámenes más de una vez al año. En caso de que usted (a) no nos proporcione tales evidencias, (b) se niegue a someterse a dichos exámenes médicos o (c) esté en condiciones de participar en ocupaciones rentables, no se exonerarán más primas.

Se nos deben proporcionar notificación de la reclamación y evidencias de incapacidad total durante: (a) la vida del asegurado y (b) el período de incapacidad total del asegurado.

El hecho de no presentar notificación y evidencia oportunas no anulará ni disminuirá ninguna reclamación si se demuestra que la notificación y la evidencia se proporcionaron tan pronto como fue razonablemente posible.

9. Exclusiones

No se cubre:

a) incapacidad total producida como resultado de lesiones autoinfligidas en forma voluntaria e intencional;

b) incapacidad total producida como resultado de cualquier acto de guerra u otro incidente mientras el asegurado forme parte de las fuerzas armadas, navales o aéreas de cualquier país en guerra, declarada o no declarada, o mientras forme parte de cualquier organización asistencial o unidad civil no combatiente que preste servicios junto a tales fuerzas.

10. Renovación del Endoso

Al momento del pago de la prima que se muestra en la página 3 antes de la finalización del período de gracia correspondiente, este endoso, en caso de estar en vigencia, será renovado al término de cada período de renovación estipulado en la página 3 de esta póliza. No se realizarán renovaciones posteriores al aniversario de la Fecha de Emisión más cercano a la fecha en que el asegurado cumple 60 años, excepto como se establece en la Sección 3(a) de este endoso.

11. Renovación de la Póliza

Si usted nos proporciona evidencias que indican que el asegurado está totalmente incapacitado en alguna de las fechas de renovación de la póliza, entonces será renovada conforme a la sección "Renovación" de la póliza. En ese caso se exonerarán las primas de renovación durante el período de incapacidad total del asegurado.

12. Conversión Automática de la Póliza

Si se exonera la última prima pagadera antes de la última fecha de conversión de la póliza y si la incapacidad total del asegurado se extiende hasta dicha fecha: (i) la póliza se convertirá en dicha fecha en un plan de vida entera con primas pagaderas de por vida por una cantidad equivalente a la Cantidad del Seguro; (ii) la fecha de emisión de la póliza convertida será la fecha de conversión; (iii) las primas serán las correspondientes al sexo y la edad del asegurado en ese momento y se basarán en las tasas utilizadas en ese momento; (iv) la póliza convertida será emitida con la misma clasificación de riesgo que la póliza, si se encuentra disponible, de lo contrario con la clasificación más parecida que esté disponible en ese momento; y (v) las primas de la nueva póliza serán exoneradas conforme a los términos de este endoso mientras se extienda la incapacidad total del asegurado.

ENDOSO DE BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

PAGAREMOS al beneficiario un Beneficio por Muerte Accidental equivalente a la cantidad del beneficio que se muestra en la página 3 de su póliza, de acuerdo con los términos que se encuentran a continuación, al recibir evidencia de que el asegurado murió:

A. como resultado directo de una lesión corporal accidental e independientemente de toda otra causa durante la vigencia de este endoso;

B. dentro de los 180 días a partir de la fecha de la lesión, y

C. antes del aniversario de la Fecha de Emisión más cercano a la fecha en que el asegurado cumple 70 años.

ESTIPULACIONES

A. **Excepciones**

No se pagará el Beneficio por Muerte Accidental si el asegurado muere:

1) por suicidio en estado de cordura o demencia;

2) como consecuencia directa o indirecta de alguna dolencia o enfermedad, ya sea corporal o mental;

3) como consecuencia directa o indirecta de cualquier droga, a menos que haya sido administrada o tomada conforme a lo recetado por un médico o profesional de la salud debidamente autorizado;

4) por cualquier infección, a menos que se trate de una infección bacteriana causada por un corte o herida accidental y en el mismo momento;

5) por guerra o cualquier acto de guerra, o por prestar servicio en cualquiera de las fuerzas armadas, navales o aéreas de cualquier país, conjunto de países u organización internacional en guerra, o mientras forme parte de cualquier organización asistencial o unidad civil no combatiente que preste servicio junto a tales fuerzas. El término “guerra” se refiere a la guerra declarada o no declarada y a la resistencia a agresiones armadas;

6) por viaje o vuelo en, o traslado por medio de, o descenso de cualquier vehículo aéreo en que el asegurado tuviera alguna actividad para con ese vehículo aéreo o su funcionamiento, equipamiento, pasajeros o tripulación; o a bordo del cual el asegurado hubiera dado o recibido entrenamiento para cumplir cualquiera de esas actividades. El término “vehículo aéreo” incluye cohetes o cualquier otro vehículo, medio de transporte o aparato diseñado para volar dentro o fuera de la atmósfera terrestre;

7) por cometer o intentar cometer una agresión o un delito grave;

8) por un disparo o herida con arma de fuego autoinfligidos.

B. **Pago de las Primas**

Hasta la finalización de este endoso, las primas que se muestran en la página 3 son pagaderas en las mismas fechas y están sujetas a las mismas modalidades de prima que las primas de esta póliza. Si la modalidad de prima cambia, las primas para este endoso se muestran en la página 3. Si está vigente la sección "Préstamo Automático de Prima" de la póliza, el término "todas las primas impagas" incluye las primas de este endoso. Las primas de renovación son pagaderas por adelantado.

C. **Caducidad y Reinstalación**

Este endoso finalizará sin beneficio ni valor:

1) cuando finaliza la póliza; o bien

2) en la fecha de vencimiento de cualquier prima que permanezca impaga al finalizar el período de gracia correspondiente.

Este endoso será reinstalado de acuerdo con todos los términos de la sección "Reinstalación" de la póliza:

1) si la póliza está en vigencia;

2) a menos que se trate de un seguro de vida a término extendido o de un seguro saldado; o bien

3) si la póliza también está siendo reinstalada.

D. **Contestabilidad**

No podremos contender este endoso después de que haya estado vigente durante la vida del asegurado por un período de dos años a partir de la fecha de su emisión.

E. **Estipulaciones de la Póliza**

Excepto cuando se cumpla lo arriba mencionado, este endoso está sujeto a todos los términos de la póliza.

IMPORTANTE: Separe y Lea Ambos Lados Antes de Completar la Solicitud.

NOTIFICACIÓN SEGÚN LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES

La presente es para informarle que, como parte de nuestro procedimiento para procesar su solicitud de seguro, podremos preparar un Informe de investigación del consumidor, mediante el cual obtendremos información a través de entrevistas con sus vecinos, amigos u otras personas que usted conoce. Esta investigación incluye información sobre su carácter, su reputación general, sus características personales y la manera en que vive. Usted tiene derecho a realizar una solicitud por escrito y recibir el nombre y la dirección de la agencia investigadora. Usted puede inspeccionar y recibir una copia de su informe investigativo de parte de la agencia investigadora.

NOTIFICACIÓN SEGÚN LAS REGLAS DEL NEGOCIADO DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información sobre su asegurabilidad se tratará como confidencial. Podemos, sin embargo, preparar un breve informe sobre ésta para el Negociado de Información Médica, una organización sin fines de lucro cuyos miembros son compañías aseguradoras de vida, cuya organización opera una red de información para beneficio de sus miembros. Si usted solicita una cobertura de seguro de vida o salud a cualquier otra aseguradora miembro del Negociado, o radica una reclamación de beneficios en una aseguradora miembro, el Negociado, a petición, proveerá a tal aseguradora la información que pueda tener en sus archivos.

Al recibir una petición suya, el Negociado hará arreglos para revelarle cualquier información acerca de usted que pueda tener en sus archivos. Si usted está en desacuerdo con la veracidad de la información que se encuentra en los archivos del Negociado, podrá comunicarse con el Negociado y solicitar una corrección según los procedimientos expuestos en la ley federal llamada Ley de Informe Justo de Crédito (*Fair Credit Reporting Act*, FCRA). La dirección para obtener información del Negociado es Post Office Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112, teléfono (617) 426-3660. Podemos entregar la información que se encuentra en nuestros archivos a otras aseguradoras de vida a quienes usted solicite seguros de vida o de salud, o ante quienes se pueda radicar una reclamación para obtener beneficios.

SUSCRIPCIÓN DE SU SOLICITUD

Ya que está considerando dar a S.USA Life Insurance Company, Inc. la oportunidad de ayudarle a satisfacer sus necesidades de seguro de vida, pensamos que le interesaría informarse sobre nuestro proceso de suscripción.

- Su solicitud, la fuente inicial de información para ayudarnos a establecer su elegibilidad para un seguro, será examinada rápida y cuidadosamente por suscriptores experimentados y altamente calificados. Para acelerar el trámite de su solicitud, asegúrese de que todos los cambios y correcciones que usted haga tengan sus iniciales.
- Usualmente, un suscriptor podrá tomar una decisión sin obtener información adicional de médicos, hospitales, etc., y el manejo de su solicitud se completará rápidamente. Asegúrese de contestar todas las preguntas completamente y de no dejar espacios en blanco.
- Si requiriéramos información adicional para la suscripción, se le mantendrá informado acerca del estado de su solicitud.

En la mayoría de los casos, notamos que los solicitantes de S.USA Life Insurance Company, Inc. se hallan en buen estado de salud. No están expuestos a riesgos de accidentes inusuales y en general se encuentran dentro de nuestros límites de aceptación para la suscripción del seguro con tasas estándar. Sin embargo, algunos solicitantes presentan riesgos mayores debido a historiales o resultados médicos negativos o debido a ocupaciones o actividades peligrosas. En estos casos puede aplicarse una prima más alta o rechazarse la solicitud.
Se hace todo el esfuerzo posible para colocar a cada solicitante en su clase de seguro apropiada, de manera que cada persona asuma su parte del costo del seguro. De otro modo, la inmensa mayoría que califica para tasas estándar tendría que acarrear el costo adicional de asegurar a los que no califican, teniendo como consecuencia unas primas innecesariamente elevadas para todos los asegurados.

Rate Information

Rate data does NOT apply to filing.

Supporting Document Schedules

Review Status:

Satisfied -Name: Certification/Notice 08/28/2008

Comments:

Attachments:

Translation Cert_Arkansas.pdf

Auth_6-08_SUSA_dist.pdf

Lingua solutions

Date: 8/12/2008
No.: 0731MUTspu_Arkansas

CERTIFICATION

This is to certify that the following is, to our knowledge and belief, an accurate translation into **Spanish** of the **English** language document listed below.

- A-106 AR
- A-60a AR
- R-39 AR
- R-42c AR
- SB-15c AR
- A-37j AR

Lingua Solutions, Inc.
Credentialed Translators
800-508-2484
www.linguainc.com

BY: _____
Gabriel A. Rodino
Lingua Solutions, Inc.

STATE OF CALIFORNIA

COUNTY OF LOS ANGELES

On August 12, 2008, before me, Ryan Andong Kim, Notary Public, personally appeared Gabriel A. Rodino, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he executed the same in his authorized capacity, and that by his signature on the instrument the person, or the entity upon behalf of which the person acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

_____
Signature of Notary Public

RYAN ANDONG KIM
COMM. #1695519
NOTARY PUBLIC - CALIFORNIA
LOS ANGELES COUNTY
My Comm. Expires Sep. 23, 2010

www.linguainc.com
info@linguainc.com
Fax: 818.743.7411
Phone: 800.508.2484
Studio City, CA 91604 USA
11271 Ventura Blvd., #436

Debra E. Klugman
Senior Vice President
General Counsel & Secretary
Phone: (212) 356-0327
Fax: (212) 624-0700
dklugman@sbliusa.com

Date: June 1, 2008

To: The Insurance Commissioner

Authorization

This Authorization, or a copy thereof, will authorize the consulting firm of First Consulting & Administration, Inc., Kansas City, Missouri, to represent this Company in matters related to forms and rates before the Insurance Department.

This Authorization shall be valid for a period of one year and renewable for a like period at the end of each term until terminated by the Company.

Company Name: S.USA Life Insurance Company, Inc.

Signature: Debra E Klugman

Name: Debra E. Klugman

Title: Senior V. P., General Counsel & Secretary